# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

**ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

Il/la sottoscritto/a GIUSEPPINA FIORILLO

Nato a _____ il _____

CF _____

in relazione all'incarico di DIRIGENTE DELLA IV DIVISIONE DELLA DIREZIONE GENERALE PER LE POLITICHE PREVIDENZIALI

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs.30 giugno 2003, n. 196 ss.mm.ii. , circa il trattamento dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3 del d.lgs. n. 39/2013.

ROMA, lì 26/02/2025

Il/La Dichiarante

_____